

El médico con tres cabezas

José Luis Turabián Fernández^a y Benjamín Pérez Franco^b

LECTURA RÁPIDA

«La clínica en atención primaria y hospitalaria es diferente y tiene especificidades propias.»

«Los médicos de familia tienen “tres cabezas”: la biológica, la psicológica y la social.»

«La universidad todavía organiza el estudio de las formas de vida en dos departamentos, uno de zoología, encargado de los animales, y otro de botánica, ocupado en las plantas. A los hongos se los considera plantas porque desde luego no son animales, y quedan, por tanto, bajo jurisdicción de los botánicos... Sin embargo, la vida es una trama de alianzas entre reinos.»

Margulis L, Sagan D. ¿Qué es la vida?
Barcelona: Tusquets Editores; 1996.

Introducción

Es fácil reconocer a un médico de familia (MF) por ser el único que tiene «tres cabezas». Desde luego, no es la única diferencia que permite distinguir entre un MF y un especialista hospitalario, y otras en el modo de pensar y actuar dependen también del propio sistema sanitario (tabla 1)¹, pero es una de las más fáciles de percibir a primera vista..., ¡y una de las más importantes! El MF trabaja en el hábitat natural de la «jungla» visitando a pacientes en su medio ambiente, mientras que nuestros colegas hospitalarios lo hacen desde fuera

de «las jaulas del zoo», enfrentándose con pacientes y enfermedades en situaciones muy artificiales². A pesar de que las enfermedades atendidas en el hospital y en la atención primaria (AP) no son iguales, y que esos 2 ambientes de trabajo tampoco son iguales (tablas 1 y 2), el método clínico no se ha diferenciado. Sin embargo, la clínica en atención primaria (AP) y hospital es diferente y tiene especificidades propias.

Se admite que el médico cuenta con «dos cabezas» en el proceso de acercamiento al paciente³. Estas dos cabezas o dos hemisferios —el lógico y el razonador— pueden entrenarse para trabajar en colaboración durante la entrevista con el paciente. Pero poco se dice sobre que los MF tienen «tres cabezas»: la biológica, la psicológica y la social. Las tres cabezas simbolizan los tres cuerpos de conocimiento que han de integrarse al servicio de un mismo propósito.

Todos los problemas de salud son biopsicosociales (e individuales, grupales y comunitarios)

Los síntomas y los diagnósticos de la enfermedad simbolizan determinados aspectos psicosociales en las personas: invalidez, muerte, aislamiento social, angustia, rechazo cultural... En las enfermedades de base «biológica u orgánica», las noxas psicosociales intervienen en su etiopatogenia, evolución y tratamiento, y pueden presentarse con frecuencia síntomas psicosociales. En las enfermedades de base «funcional o psicosocial» aparecen con frecuencia síntomas «somáticos» que acompañan a las manifestaciones psico-socio-patológicas. En la etiopatogenia, evolución y tratamiento de todos los problemas de salud intervienen factores biológicos, pero también psicosociales (contextuales, relacionales, comunitarios)⁴.

^aMedicina de Familia y Comunitaria. Centro de Salud Polígono Industrial. Toledo. España.

^bMedicina de Familia y Comunitaria. Centro de Salud La Estación. Talavera de la Reina. Toledo. España.

Correspondencia:
Dr. J.L. Turabián.
Calderón de la Barca, 24. 45313 Yepes. Toledo.
España.
Correo electrónico: jturabianf@meditex.es

Manuscrito recibido el 15-9-2006.
Manuscrito aceptado para su publicación
el 20-9-2006.

Palabras clave: Medicina de familia. Biopsicosocial. Medicina integral. Contextualización. Humanismo.

TABLA 1
Algunas diferencias entre la percepción del trabajo del especialista hospitalario y del médico de familia

Especialista hospitalario	Médico de familia
«Tiene una (o todo lo más dos cabezas»): el trabajo del especialista es fundamentalmente sobre enfermedades orgánicas, y el médico de familia debe «separar las ovejas de las cabras» (lo orgánico de lo psicológico)	«Tiene tres cabezas»: lo bio-psico-social es una realidad integral no separable
Justifica su diagnóstico en las pruebas que solicita	Justifica las pruebas que solicita en su diagnóstico
Hay casos	Hay personas
Lo más importante es el estudio de la enfermedad	Lo más importante es el proceso de comunicación
El diagnóstico no suele ser muy difícil Es un asunto de probabilidad estadística que podría hacer un ordenador según los signos y síntomas	El diagnóstico es difícil (gran incertidumbre)
Los sentimientos del médico deben excluirse	Los sentimientos del médico no pueden excluirse y deben reconocerse de una forma adulta
Es «objetivo» (generaliza)	Es «subjetivo» («objetivo» en un contexto particular; contextualiza)
El tratamiento es un proceso sistemático de aplicar un protocolo	El tratamiento no es un proceso sistemático y no se pueden aplicar protocolos generales
En la exploración se usan los cinco sentidos	En la exploración se usan «6 sentidos»: los 5 sentidos más la experiencia emocional
Usa tecnología avanzada	Usa tecnología intermedia, de «tamaño humano»
Cuando se remite a un paciente al médico de familia (desde la consulta o alta hospitalaria), se sigue un procedimiento «militar»: una orden del capitán al sargento de obligado cumplimiento sobre la que no se puede discutir ni pensar	Cuando el médico de familia envía a un paciente al hospital (consulta o urgencias), es un proceso de «pasar un examen» que debe evaluar el especialista hospitalario

¿Tutores de medicina de familia con tres cabezas?

De esta forma, para la formación en medicina de familia, las habilidades de enfoque biopsicosocial son cruciales. El MF debería ser capaz al mismo tiempo de tener un enfoque científico, interactivo y simultáneo

para cada problema desde las perspectivas biomédica, psicológica, y social, y debería ser capaz de combinar estas perspectivas en una visión panorámica para lograr un entendimiento completo. Los MF conocen que los elementos de la personalidad del paciente y sus relaciones sociales tienen

TABLA 2
El modelo biopsicosocial

Ejemplo	Evaluación biomédica	Evaluación biopsicosocial
F., 96 años, con demencia, anemia ferropénica y microcítica severa descubierta 9 meses antes, que requirió varias transfusiones y hierro oral, con sólo leve mejoría a medio plazo. La familia decidió no investigar el origen de la anemia. La paciente permanece en su casa, perfectamente cuidada por sus hijas..., y a pesar de la anemia —posiblemente secundaria a hemorragias crónicas y/o cáncer digestivo— está aceptablemente, aunque con leve deterioro general progresivo lento. En un momento determinado presenta vómitos. La visita un médico de urgencias que la remite al hospital con la sospecha de masa abdominal. En urgencias permanece 10 h..., se le hacen múltiples pruebas analíticas y de imagen, y es remitida a casa con un diagnóstico..., donde llega de madrugada... A las pocas horas fallece	Esta paciente tuvo mucha suerte de haber sido ingresada en urgencias poco antes de su fallecimiento, ya que así se pudo estudiar su situación y llegar a un diagnóstico	Al centrarse en la intersección de sistemas, surge la pregunta de si el fallecimiento hubiera ocurrido igualmente o no, en caso de que la paciente no hubiera sido ingresada en urgencias, y pasado por esa experiencia estresante. En esta visión, el problema está localizado en sistemas fuera de los órganos (el estrés de urgencias, las pruebas, separarla de la familia y su ambiente, la ambulancia, la vía intravenosa, sin alimentación...)

LECTURA RÁPIDA

«Todos los problemas de salud son biopsicosociales (e individuales, grupales y comunitarios).»

▶ LECTURA RÁPIDA

▼
«La característica de la medicina de familia es la comprensión del paciente y de su enfermedad, basándose no sólo en síntomas y signos sino en los factores psicológicos y sociales relacionando al paciente con su contexto.»

▼
«En la complejidad de la consulta de medicina de familia no debemos formar sólo para lograr competencia, sino para "ser capaz" (la habilidad de adaptarse a los cambios, generar nuevos conocimientos y mejorar continuamente).»

una gran importancia en la enfermedad, y estos elementos son tan evidentes y necesarios como los aspectos biomédicos, y deben ser motivo de formación.

La característica de la medicina de familia es la comprensión del paciente y de su enfermedad basándose no sólo en síntomas y signos, sino en los factores psicológicos y sociales que relacionan al paciente con su contexto. Hay un creciente escepticismo hacia una aproximación de la medicina de familia basada casi exclusivamente en los tratamientos farmacológicos, y es necesario un retorno a la visión biopsicosocial. Esta «posmedicina de familia» subraya la importancia del contexto cultural y social, antepone la ética a la tecnología y quiere minimizar el control médico⁵.

¿Es efectivo –eficaz, eficiente– tener tres cabezas (el marco biopsicosocial)?

En el ámbito individual, es indudable que tener mayor información sobre el paciente permite ampliar el diálogo más allá de los aspectos biológicos. Pero se considera generalmente que el modelo biopsicosocial no ha rendido el impacto esperado. Una de las razones es que aunque hemos ampliado las áreas de conocimiento (de lo bio a lo biopsicosocial), no hemos ampliado nuestro repertorio de métodos de conocimiento propios de estas nuevas realidades. En la medicina basada en la evidencia hay un trasfondo que no es científico, sino de fe y confianza. Los ensayos clínicos aleatorizados (ECA) son una forma de pruebas superior a otras, en términos generales, pero que no garantizan la seguridad, la maleficencia y beneficencia de ninguna técnica, sistema o procedimiento. Y no hay ECA con una duración de 5 años y una perspectiva biopsicosocial. Intentamos entender con el método científico, adecuado para los objetos, realidades (como las psicológicas y las sociales) que están dotadas de historia, de movimiento, de sentido. La categorización, que puede ser útil en la investigación epidemiológica cuantitativa, se vuelve insuficiente para la situación de entrevista con el paciente. Se trata de la diferencia entre «entender» y «comprender»⁶. Nuestro conocimiento actual de la medicina probablemente no es mejor que nuestro

conocimiento hace cincuenta mil años del origen del fuego. Avanzamos a trompicones.

Desde el modelo biopsicosocial, la enfermedad es el resultado de un complejo entrecruzamiento de redes simbólicas y procesos biológicos que unen el cuerpo, el sí mismo, lo social y lo ambiental^{7,8}. Así, se han sistematizado los objetivos que debería incluir un currículo de medicina para lograr un desarrollo de las capacidades humanísticas de los médicos⁹. Las experiencias a lo largo de varios países son numerosas, e incluyen métodos tan diferentes como cursos de literatura y medicina, entrenamiento de la empatía, grupos de discusión sobre los aspectos emocionales de la práctica médica, discusión del genograma y la propia historia familiar, etc. Todos apuntan, finalmente, a una apertura en nuestra forma de percibirnos a nosotros mismos y a los pacientes y a «hacer trabajar en conjunto a nuestras tres cabezas» para poder tener un auténtico encuentro con el otro. Si aceptamos que sanar es desbloquear una situación, volver a ser un todo otra vez o integrar el sufrimiento en una historia con sentido –proceso que puede o no incluir la curación física–¹⁰, comprendemos la relevancia de desarrollar estas capacidades en los futuros médicos. La educación y la formación médica tradicional se centran especialmente en aumentar la competencia (conocimientos, habilidades y actitudes). En la complejidad de la consulta de medicina de familia no debemos formar sólo para lograr competencia, sino para «ser capaz» (la habilidad de adaptarse a los cambios, generar nuevos conocimientos y mejorar continuamente). Y esta «capacitación» se aumenta mediante el uso de métodos no lineales de gestión de la incertidumbre^{11,12}.

En conclusión, está bien tener «una o dos cabezas»: la ballena azul, con sus 26 metros de largo y sus 180 toneladas de peso, es el animal más grande que ha existido nunca, y la secoya gigante puede llegar a las 2.000 toneladas. Pero es mejor tener tres cabezas conectadas: el árbol álamo temblón (*Populus tremuloides*), disperso pero interconectado, se estima que contiene hasta 47.000 troncos, puede cubrir 43 hectáreas y pesar 6.000 toneladas.

Bibliografía

1. Browne K, Freeling P. The doctor-patient relationship. New York: Churchill Livingstone; 1976.
2. Shem S. La Casa de Dios. Barcelona: Anagrama; 1998. p.48.
3. Neighbour R. The inner consultation. Lancaster: MTP Press Limited; 1991.
4. Turabián JL, Pérez Franco B. Actividades comunitarias en medicina de familia y atención primaria. Madrid: Díaz de Santos; 2001.
5. McWhinney IR. Medicina de familia. Barcelona: Mosby/Doyma Libros; 1995.
6. Greenhalgh T, Worrall JG. From EBM to CSM: the evolution of context-sensitive medicine. J Eval Clin Pract. 1997;3:105-8.
7. Turabián Fernández JL, Pérez Franco B. El entramado específico de la clínica en medicina de familia: implicaciones para la práctica y la formación. Aten Primaria. 2006;38(6):349-52.
8. Greenhalgh T. Integrating qualitative research into evidence based practice. Endocrinol Metab Clin North Am. 2002;31:583-601.
9. Novack D, Epstein R, Paulsen RH. Toward creating physician healers: fostering medical student's self awareness, personal growth and well being. Academic Medicine. 1999;74: 516-20.
10. Turabián Fernández JL, Pérez Franco B. Apuntes sobre la «resolutividad» y la «cura» en la medicina de familia. Aten Primaria. 2003; 32:296-9.
11. Fraser SW, Greenhalgh T. Coping with complexity: educating for capability. BMJ 2001;323:799-803 [citado 12 Sep 2006] Disponible en: <http://bmj.bmjournals.com/cgi/content/full/323/7316/799>
12. Turabián Fernández JL, Pérez Franco B. El proceso por el cual los médicos de familia gestionan la incertidumbre: no todo son cebras y caballos. Aten Primaria. 2006;38:165-7.



LECTURA RÁPIDA



«La “capacitación” de los médicos de familia se aumenta mediante el uso de métodos no lineales de gestión de la incertidumbre.»

